

Allegato D - QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Gentile Signora, Gentile Signore,
siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso la nostra struttura. Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni che forniamo alla cittadinanza. Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati. Riconsegni per favore il questionario imbuendolo nell'apposita cassetta .

La Direzione

Chi compila il questionario e':

<input type="checkbox"/> il paziente stesso	<input type="checkbox"/> Parente, familiare o altro
---	---

Il paziente è:

<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina
<input type="checkbox"/> nazionalità italiana	<input type="checkbox"/> nazionalità straniera
età: _____ anni	

Titolo di studio del paziente:

<input type="checkbox"/> Elementare	<input type="checkbox"/> Media inferiore	<input type="checkbox"/> Scuola superiore	<input type="checkbox"/> Laurea
-------------------------------------	--	---	---------------------------------

Professione del paziente:

<input type="checkbox"/> Operaio/a	<input type="checkbox"/> Impiegato/a	<input type="checkbox"/> Dirigente/Professionista	<input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante	<input type="checkbox"/> Pensionato/a
<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Altro _____	

E' la prima volta che si rivolge a questa Struttura?

Sì

No

Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?

<input type="checkbox"/> consigliata dal medico
<input type="checkbox"/> consigliata da amici/famigliari
<input type="checkbox"/> Conosco gli operatori e ho fiducia in loro
<input type="checkbox"/> E' vicino a casa
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

ACCESSIBILITA'


Indichi, con una X, la sua valutazione su:	si	no	Non ho usufruito del servizio
È stato facile accedere alla struttura (parcheggio, mezzi pubblici)?			
Vi è sufficiente attenzione all'accesso per pazienti portatori di handicap?			
È stato facile orientarsi nella struttura?			

COMFORT

Indichi la sua valutazione su:	pessimo	scarso	accettabile	buono	ottimo
Adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredi dei locali della struttura					
Pulizia dei locali della struttura					
La tranquillità e il comfort degli ambienti di visita /ricovero					
Qualità del cibo					
gradevolezza del cibo					
varietà del cibo					
Quantità del cibo					

Rapporto con gli operatori

Indichi la sua valutazione su:	pessimo	scarso	accettabile	buono	ottimo
Cortesìa e sollecitudine del personale di contatto (prenotazione, accettazione e portinerie)					
Accoglienza/assistenza del personale infermieristico					
Ascolto e disponibilità del personale medico					
Ascolto e disponibilità personale riabilitazione FKT					
Ascolto e disponibilità personale riabilitazione occupazionale					

	QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE	MOA_06	3 di 4
	GLI ANNALI SRL	REV.02	27/11/2013

QUALITA' DELLA ASSISTENZA

Indichi la sua valutazione su:	pessimo	scarso	accettabile	buono	ottimo
Le informazioni ricevute prima del ricovero					
Il rispetto della sua privacy (riservatezza) durante le visite, le cure e la degenza					
Le informazioni ricevute dai medici sulla malattia					
Le istruzioni ricevute su terapie e comportamenti raccomandati dopo il ricovero/esame					
L'organizzazione nel suo insieme per l'efficiente risoluzione del suo problema di salute					
Personale Amministrativo					
Personale Medico/Sanitario					
Personale Infermieristico/tecnico					
Personale riabilitazione FKT					
Personale riabilitazione occupazionale					

SECONDO LA SUA ESPERIENZA, COSA ANDREBBE MIGLIORATO NEI SERVIZI ?

(scegliere fino a 3 aspetti ritenuti più importanti)

<input type="checkbox"/> i locali (sale d'attesa, camere, ambulatori, servizi, ecc.)
<input type="checkbox"/> attrezzature tecniche (macchinari per esami, ecc.)
<input type="checkbox"/> comfort alberghiero
<input type="checkbox"/> i tempi di attesa
<input type="checkbox"/> la disponibilità degli operatori ad ascoltare le mie richieste
<input type="checkbox"/> la disponibilità a dare informazioni sul mio stato di salute
<input type="checkbox"/> la cortesia degli operatori
<input type="checkbox"/> l'attenzione per la mia riservatezza (o privacy)
<input type="checkbox"/> gli aspetti tecnico-professionali degli operatori
<input type="checkbox"/> l'assistenza religiosa per le religioni non cattoliche
<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

CHE COSA HA GRADITO DI PIU' NEI SERVIZI DELLA STRUTTURA ?

(scegliere fino a 3 aspetti ritenuti più importanti)

<input type="checkbox"/> i locali (sale d'attesa, camere, ambulatori, servizi, ecc.)
<input type="checkbox"/> attrezzature tecniche (macchinari per esami, ecc.)
<input type="checkbox"/> comfort alberghiero
<input type="checkbox"/> i tempi di attesa
<input type="checkbox"/> la disponibilità degli operatori ad ascoltare le mie richieste
<input type="checkbox"/> la disponibilità a dare informazioni sul mio stato di salute
<input type="checkbox"/> la cortesia degli operatori

<input type="checkbox"/> l'attenzione per la mia riservatezza (o privacy)
<input type="checkbox"/> gli aspetti tecnico-professionali degli operatori
<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA PER I PROPRIO PROBLEMI DI SALUTE?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non saprei
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

SODDISFAZIONE GENERALE

NEL COMPLESSO, sulla base della sua esperienza di ricovero esprima il suo livello di soddisfazione per il servizio ricevuto Il servizio è stato:

<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> Accettabile	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> Pessimo
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Ritiene che il Suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non saprei
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

EVENTUALI OSSERVAZIONI

Può aggiungere, se lo desidera, osservazioni in merito al servizio che la struttura Le ha prestato:

Data compilazione _____

Data del ritiro _____ Riesame effettuato da _____ il _____